ITEM 349 : SYNDROME OCCLUSIF

Diagnostic positif

Clinique

- **Arrêt des gaz** ± matières avec possible **diarrhée** par vidange passive du segment d'aval
- **Douleur abdominale ++**
- **Nausées ou vomissements** : précoces si obstruction haute vs tardifs si obstruction basse
- **Météorisme abdominal** : surtout en cas d'obstruction basse
- Retentissement : déshydratation, tachycardie, fièvre
- Examen clinique : tympanisme, bruits hydro-aériques

➔ Systématique : **inspection des cicatrices abdominales, palpation des orifices herniaires** et **TR**

Paraclinique

- **Bilan biologique préopératoire**
- **TDM injecté** : - Diagnostic : niveaux hydro-aériques, **distension grêlique** > **3 cm**, **colique > 6 cm**, **caecale > 9 cm**
  - Siège de **l'obstacle** : jonction grêle plat – grêle dilaté, tumeur recto-colique…
  - **Souffrance intestinale** : **absence de rehaussement** et **amincissement pariétal**, **pneumatose**

Etiologies

Occlusion mécanique

Intraluminal	Pariétal	Extraluminal
- **Fécalome** - **Bézoard** : conglomérat d'aliments non digérés - **Calcul** - **Parasite**	- **Cancer** ou **polype colorectal** - Inflammatoire : **MICI, tuberculose, ischémie, radique** - **Hématome** - **Invagination intestinale**	- **Brides post-opératoires** - **Volvulus** - **Hernie étranglée** - **Carcinose péritonéale** - **Tumeur ovarienne**

Occlusion fonctionnelle

= comprend le grêle et le colon, avec niveaux liquides à proximité de la zone pathologique ou diffus, le traitement de la cause lève l'occlusion.

Iléus réflexe	- **Colique néphrétique**, **infection pleuropulmonaire, IDM, GEU, torsion d'annexe** - **Traumatisme** : rachis, bassin - **Hématome du psoas** - **Pancréatite, appendicite méso-cœliaque, péritonite, infarctus mésentérique**
Pseudo-obstruction intestinale	- Métabolique : **hypercalcémie, hypokaliémie, acidose** - Médicament : **opiacé, anticholinergique, neuroleptique** - Maladie systémique : **hypothyroïdie, neuropathie (diabète…), sclérodermie…** - **Syndrome d'Ogilvie** = colectasie aiguë idiopathique

Sièges

Occlusion haute

= Siège sur le grêle, en amont de la valvule de Bauhin :
- Clinique : début **brutal**, douleurs **vives**, vomissements **précoces et abondants**, arrêt des matières et des gaz **retardé**, état général rapidement altéré, signes de **déshydratation**, météorisme possiblement minime
- ASP : - Debout : niveaux hydro-aériques **multiples**, **centraux** et **plus larges** que hauts
  - Couché : **valvules conniventes** (fines incisures d'un bord à l'autre de l'intestin dilaté)
- TDM : obstacle à la partie proximale de l'intestin, ***feces sign*** (stagnation stercorale)

Occlusion basse

= Siège sur le cadre colique ou le rectum ± étendu au grêle si la valvule de Bauhin n'est pas continente
- Clinique : début **discret**, **progressif** avec douleurs **peu intenses**, vomissements **tardifs** puis fécaloïdes à un stade très tardif, **arrêt net du transit**, état général longtemps conservé, météorisme **important**, tympanisme
- ASP : - Debout : niveaux hydro-aériques **rares**, **périphériques** et **plus hauts** que larges
  - Couché : **haustrations** (larges incisures asymétriques)
- TDM : siège de l'obstacle, et souvent diagnostic étiologique (cancer, volvulus…)

OCCLUSION PAR STRANGULATION

= **Etranglement de l'intestin et de son méso**, avec risque de **nécrose intestinale** ➔ **urgence thérapeutique**
- Début brutal, sans prodrome : **douleur** vive, **vomissements** précoces, voire **déshydratation** ou **choc hypovolémique** (par 3ème secteur), météorisme discret, **silence auscultatoire**
- **ASP/TDM** : **image en arceau** avec niveau liquide à chaque pied
- **TDM** : siège et nature de l'obstacle, signes de souffrance intestinale par ischémie de la paroi (pas de rehaussement)

Occlusion haute

Occlusion sur bride	= **Cause la plus fréquente d'occlusion du grêle** (avec ATCD chirurgicaux *ou pas*) ➔ Toute intervention chirurgicale peut en être la cause, même de nombreuses années après Mécanismes : soit par capotage, soit par volvulus
Hernie étranglée	= **Hernie inguinale, crurale, ombilicale, ou hernie interne (obturatrice, hiatus de Winslow…) ou éventration post-opératoire** - Diagnostic facile : tuméfaction douloureuse et irréductible - Plus difficile : - Petite hernie crurale chez un patient obèse - Hernie de *Spiegel* (hernie du bord externe du muscle grand droit)

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td><td>Invagination intestinale</td><td>- Rare chez l’adulte doit faire évoquer : tumeur, diverticule de Meckel, polype, lymphome
- Fréquente chez le nourrisson, sans cause sous-jacente
- Diagnostic : TDM (boudin d’invagination), laparotomie</td></tr>
<tr><td>Volvulus du colon sigmoïde</td><td>- Patient très âgé +++
- Occlusion rarement complète (transit des gaz non interrompu)
- Météorisme très important avec ballonnement asymétrique
- ASP : image d’anse sigmoïdienne très dilatée, en arceau avec 2 niveaux de liquides, avec un colon d’amont peu dilaté
- Opacification rectale (lavement, scanner) : image d’arrêt effilé, asymétrique, à raccordement obtus avec le rectum, siégeant à la jonction recto-sigmoïdienne (image en « bec d’oiseau » permettant d’éliminer le CCR)</td></tr>
<tr><td>Volvulus du caecum</td><td>- Tableau d’occlusion du grêle par strangulation : début brutal, vomissements précoces, ballonnement asymétrique, douleur de FID, FID déshabitée
- ASP : niveau hydro-aérique volumineux projeté sur l’hypochondre droit, dilatation du grêle
- Opacification basse (lavement, scanner) : arrêt avant le caecum</td></tr>
<tr><td rowspan="10">OCCLUSION PAR OBSTRUCTION</td><td colspan="3">- Occlusion de début progressif avec vomissements tardifs, état général longtemps conservé, météorisme diffus et important, bruits hydro-aériques conservé, voire hyper-péristaltisme
- ASP : niveaux hydro-aériques nombreux
- TDM : obstacle pariétal ou intraluminal</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Phase pré-occlusive</td><td>Grêlique</td><td>- Syndrome de Koenig : douleur abdominale migratrice déclenchée par les repas, aboutissant toujours au même point et cédant brutalement avec une sensation de gargouillement associé à un bruit de filtration hydro-aérique et parfois une « débâcle » diarrhéique</td></tr>
<tr><td>Colique</td><td>- Ralentissement du transit avec apparition/aggravation d’une constipation</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Occlusion haute</td><td colspan="2">- Compression extrinsèque : tumeur pelvienne, ADP - Parasitose - Bézoard
- Hématome pariétal (surdosage en anticoagulants) - Carcinose péritonéale</td></tr>
<tr><td>Tumeur de l’intestin grêle</td><td>= Rares : - Polypes volumineux (syndrome de Peutz-Jeghers)
- Adénocarcinome primitif
- Autre : tumeur carcinoïde, lymphome, métastase (poumon, mélanome)
- Obstruction incomplète (syndrome de Koenig) ou complète</td></tr>
<tr><td>Iléus biliaire</td><td>= Complication rare et tardive d’une cholécystite négligée : fistule bilio-duodénale par laquelle passent un ou plusieurs calculs volumineux, bloqués par la valvule iléo-caecale
- Occlusion évoluant par à-coups après un épisode douloureux/fébrile de l’hypochondre D
- ASP/TDM : aérobilie</td></tr>
<tr><td>Haute/ basse</td><td>Sténose bénigne</td><td>- Causes nombreuses : maladie de Crohn, ischémie intestinale segmentaire, lésion post-radique, endométriose, tuberculose iléo-caecale…
- évoqué à l’anamnèse, confirmé au TDM/IRM</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Occlusion basse</td><td>Cancer colorectal</td><td>= Plus souvent sur un cancer du côlon gauche ou du sigmoïde
- Début progressif chez un patient > 50 ans, avec troubles du transit ou rectorragies minimes dans les mois précédent
- TDM avec opacification basse : sténose courte, excentrée, avec anomalies muqueuses et angle de raccordement aigu au colon
/!\ La coloscopie en urgence est contre-indiquée en cas d’obstruction /!\</td></tr>
<tr><td>Fécalome</td><td>= A évoquer systématiquement, surtout chez les patients âgés, grabataires
- Masse fécale dure au TR</td></tr>
<tr><td>Syndrome d’Ogilvie</td><td>= Colectasie aigue idiopathique
= Occlusion fonctionnelle, par paralysie motrice, sur une dilatation gazeuse de la totalité du colon et du rectum, généralement : suites d’un polytraumatisme, malades intubés-ventilés, patient âgé alité ou sous neuroleptiques
- ASP/TDM : distension majeure du cadre colique sans obstacle organique</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">Conséquences</td><td rowspan="2">Occlusion mécanique simple
obstruction</td><td colspan="3">Syndrome sus-lésionnel
1) Dilatation en amont : hyper-péristaltisme, puis distension par les gaz (air dégluti, fermentation et sécrétions digestives) ➞ hyperpression +++ ➞ Au niveau colique, si valvule de Bauhin continente (50% des cas) : distension jusqu'à la colectasie (colon transverse > 7 cm) ➞risque de perforation diastaltique, principalement caecale +++
2) Altération progressive de l'absorption ➞ séquestration liquidienne dans l'intestin = 3ème secteur : hypovolémie, aggravée par les vomissements et les troubles hydro-électriques
3) Hyperpression intraluminale ➞ ischémie de la paroi digestive (si pression > pression capillaire) : ↗ la translocation bactérienne et le risque de perforation digestive</td></tr>
<tr><td>Signes</td><td colspan="2">- Hypovolémie : ↗ hématocrite et protidémie, voire insuffisance rénale fonctionnelle
- Hyponatrémie (teneur élevée en sodium des liquides digestifs)
- Alcalose métabolique (vomissements acides)
- Acidose métabolique avec hyperkaliémie en cas d'ischémie
- Baisse de la fonction ventilatoire (par altération du mécanisme diaphragmatique)
→Risque de choc : Pression artérielle, fréquence cardiaque, iono, NFS, CRP, hydratation IV</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Occlusion à anse fermée
strangulation</td><td colspan="3">Syndrome sus lésionnel (cf ci-dessus) + lésionnel
= D'emblée en cas de volvulus ou complique une bride en cas de capotage et torsion de l'anse d'amont
Syndrome lésionnel : compression de l'axe vasculaire d'une ou plusieurs anses digestives
1) Stase veineuse : extravasation de plasma et de sang dans l'anse exclue et dans le péritoine
2) Destruction de la barrière muqueuse et prolifération bactérienne : passage d'endotoxine dans la cavité péritonéale et le réseau capillaire ➞ risque de choc septique
3) Ischémie artérielle ➞ gangrène, pouvant aboutir à une perforation et une péritonite généralisée</td></tr>
<tr><td>Signes</td><td colspan="2">Risque de de nécrose intestinale
- Clinique : défense abdominale, choc, douleur très importante
- Biologique : insuffisance rénale, hyperkaliémie
- Scanner : signes d'ischémie intestinale
➞ Intervention chirurgicale en urgence en présence d'un signe de gravité</td></tr>
<tr><td>Occlusion paralytique</td><td colspan="3">= Conséquences générales, d'évolution lente (en dehors d'une affection intra-abdominale aiguë : péritonite, abcès, infarctus mésentérique)
- Vomissements rares, volume liquidien séquestré peu important, altération pariétale tardive et limitée
- Risque faible de colectasie et, au-dessus d'un certain diamètre, de zones de nécrose et de perforation</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Prise en charge</td><td>Mise en condition</td><td colspan="3">➞ En urgence : - SNG en aspiration douce : ↘ l'accumulation de liquide, la distension et l'ischémie
- Réhydratation et correction des troubles hydroélectrolytiques</td></tr>
<tr><td>Signes de gravité</td><td colspan="3">- Signes de gravité : fièvre, signes de choc, signes de déshydratation, souffrance digestive, signes péritonéaux, hernie étranglée ➞ intervention chirurgicale en urgence, <u>sans imagerie préalable</u>
- Si besoin : résection intestinale + stomie avec rétablissement de continuité dans un 2nd temps</td></tr>
<tr><td rowspan="3">En l'absence de signe de gravité</td><td colspan="3">➞ TDM injecté + RP : niveau et mécanisme de l'occlusion</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Occlusion haute</td><td>Complète</td><td>- Exploration chirurgicale</td></tr>
<tr><td>Incomplète ou bien tolérée</td><td>Aide au diagnostic lésionnel par ingestion d'un PdC opaque hydrosoluble :
- Test à la gastrografine (peut lever un obstacle incomplet) + scanner
- Intervention chirurgicale : si majoration des signes occlusifs ou si la gastrografine n'atteint pas le caecum en < 6h</td></tr>
<tr><td>Occlusion basse</td><td colspan="2">- Volvulus du sigmoïde ➞ détorsion endoscopique (rectoscopie au tube rigide ou coloscopie au tube souple)
- Autres cas : scanner avec opacification basse (ou lavement opaque avec ASP à défaut)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">PEC d'occlusion haute</td><td rowspan="3">Strangulation</td><td rowspan="2">Occlusion sur bride</td><td>Douleur très importante ou signe de gravité</td><td>= Chirurgie sans délai : section de la bride ± résection de l'intestin strangulé s'il est nécrosé ou de vitalité douteuse</td></tr>
<tr><td>Occlusion bien tolérée et patient peu algique</td><td>= Désocclusion spontanée ou grâce à la gastrografine
- Chirurgie si l'occlusion dure plus de 48h ou si la Gastrografine ne fonctionne pas après quelques heures (risque de dénutrition)</td></tr>
<tr><td>Etranglement herniaire</td><td colspan="2">= Intervention chirurgicale en urgence : lever l'étranglement ± résection de l'intestin selon la vitalité de l'anse + cure de hernie</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="1"></td><td>Obstruction</td><td colspan="3">- Tumeur du grêle ou de la valvule de Bauhin : résection chirurgical dans la majorité des cas
- Iléus biliaire : Traitement chirurgical de l’occlusion : entérotomie pour extraction du calcul, mais pas de traitement de la fistule biliaire (le plus souvent)
- Sténose bénigne : Occlusion incomplète, cédant au traitement médical (aspiration SNG, perf, ttt étiologique) voir intervention parfois nécessaire dans un 2nd temps</td></tr>
<tr><td rowspan="4">PEC d’occlusion basse</td><td rowspan="2">Strangulation</td><td>Volvulus du colon pelvien</td><td colspan="2">- Détorsion endoscopique ou radiologique puis mise en place d’un tube de Faucher (sonde rectale longue) pendant quelques jours, pour lavements évacuateurs du colon d’amont
- Intervention à froid (sur colon non distendu) discutée dans un 2nd temps, pour prévenir les récidives : sigmoïdectomie avec anastomose colorectale</td></tr>
<tr><td>Volvulus du caecum</td><td colspan="2">- Colectomie droite avec rétablissement immédiat de continuité par anastomose iléo-colique</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Obstruction</td><td rowspan="2">Cancer colorectal</td><td>Colectasie, Pneumatose pariétale</td><td>- Chirurgie en urgence : colectomie subtotale + anastomose iléo-rectale</td></tr>
<tr><td>En l’absence de signe de gravité</td><td>- TTT médical (perfusion, SNG en aspiration) avec surveillance
- Si l’occlusion ne cède pas en quelques heures : endoprothèse métallique trans-tumorale (sous contrôle endoscopique ou radiologique) ou colostomie en amont de la tumeur
- Bilan complet, colectomie carcinologique (emportant prothèse/stomie)</td></tr>
<tr><td>Fécalome</td><td colspan="2">- Retrait manuel et avec des lavements évacuateurs (attention au risque de perforation rectale)</td></tr>
<tr><td>Syndrome d’Ogilvie</td><td colspan="2">- Exsufflation endoscopique ou percutanée (à l’aiguille), éventuellement itératives
± Prokinétiques : néostigmine</td></tr>
</table>